

Información Medica del Estudiante 2018-2019

Nombre de Estudiante: _____
APELLIDO, NOMBRE

Grado: _____

VACUNAS: El Departamento de Salud de Texas ha dictaminado que los estudiantes deben estar al día con las vacunas con el fin de asistir a la escuela , salvo cuando así ha sido presentada en la escuela de acuerdo con el Código de Educación de Texas , Salud y Seguridad, Capítulo 38.0001. De acuerdo con la "Acta de acceso de la escuela a la epinefrina de emergencia", Pilot Point ISD mantendrá un inventario de epinefrina en cada escuela. Las enfermeras escolares y el personal escolar designado tienen la autoridad de administrar un epinefrina a cualquier estudiante o individuo en las instalaciones de la escuela a quien creen que de buena fe está experimentando anafilaxia.

Por favor circulé cualquier condición que se aplica a su niño:

ADD/ADHD

Por favor explique cualquier artículo rodeado o listé cualquier otra enfermedad o grave heridas en el espacio debajo:

Alergias*

Ansioso

Asma/problemas de Respiración

Cuestiones de comportamiento

Problemas de vejiga/Riñón

Problemas de Sangre

Problemas de tensión arterial

Problemas de hueso/coyunturas

Problemas de intestino

Cáncer

Parálisis cerebral

Fibrosis Cística

Depresión

Preocupaciones emocionales

Diabetes

Epilepsia/asimientos

Dolores de cabeza

Problemas de Oído

Problemas de Corazón

Problemas de salud mentales

Hemorragias Nasales

Inhabilidad física

de Célula de Hoz

Desorden de la piel

Problemas del estómago

Problemas de visión (lentes/contactos)

***Por favor listé cualquier alergias:**

Picadura de insecto _____ amenazas de Vida? Si / No

Comida _____ amenazas de Vida? Si / No

Medicación _____ amenazas de Vida? Si / No

Otros _____ amenazas de Vida? Si / No

*** ¿Su niño tendrá un epinefrina en la escuela? Si / No**

¿Toma su niño cualquier medicación en una base diaria o frecuente en casa? Si sí, por favor listé: _____

Nombre de Medico & número teléfono: _____

¿Tiene su niño el Seguro médico, la asistencia médica gratuita o Enfermedad CHIPS? Si / No

Si sí, listé el nombre de la compañía: _____

¿Su hijo tiene seguro de Vision? Si / No

Si su niño tiene que tomar cualquier medicina (incluyendo la medicina "sin receta médica" como, Tylenol) durante horas de clase, por favor llena la "petición de Padre/Médico para la Administración de Medicina por Personal De la escuela " y traiga la medicina a la escuela en el recipiente original */o el contenedor de prescripción marcado por la farmacia.

***** No darán ningún medicamento en la escuela a no ser proveído por el padre/guardián. *****

*** ¿Si su niño tiene una emergencia médica en la escuela o una actividad relacionada con la escuela, y no nos podemos comunicar con usted, le da permiso al personal de Pilot Point ISD de buscar tratamiento médico de la emergencia? Si / No

Firma de padres/guardián legal: _____ Fecha: _____